**出前研修申込書**

**・ダウンロードした用紙でお申込み下さい・FAX及び郵送の場合でも手書きしないでください**

１．開催実施施設の情報

施設名：

　　　〒　　：

　　　住　所：

　　　TEL：　　　　　　　　　　　　　　FAX：

２．開催希望月日(曜)・時間・内容

1)開催期間は申込からおおむね3か月後　　2)第2希望日まで記載(平日のみ)。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 〇月〇日（曜） | 時間○○:○○～○○:○○ | 希望内容 |
| 第1希望 |  |  |  |
| 第2希望 |  |  |  |

3)講義時間(質疑応答時間を含む)。基本は60分、最大90分。

時間については常識的な範囲とする。

３．予定受講者数及び職種

受講者数：（　　　　　）人

職　　種：

４．オンライン受講の希望　　　〇　有り　　〇　無し　（チェックを付けてください）

５．研修責任者名(職位)：　　　　　　　　　　　　　　　(氏名にはふりがなを記入)

所属：

☎：　　　　　　　　　　　　内線(　　　　)

メールアドレス：

６．研修担当者名(職位)：　　　　　　　　　　　　　　　(氏名にはふりがなを記入)

所属：

☎：　　　　　　　　　　　　内線(　　　　)

メールアドレス：

（研修決定後の詳細について連絡をとれるアドレスを記入。

記載のない場合、誤った標記の場合は研修申し込みの受け付けは不可となります。）

７．申込締切　9月30日(厳守)

申 込 先：〒951-8133　新潟市中央区川岸町2-11

公益社団法人　新潟県看護協会

FAX　025‐233‐7672

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ yumiko.watanabe@niigata-kango.com